附件4

单位同意报考证明

兹有我单位在编在岗人员 同志，身份证号：

 ，参加《2023年长岭县卫健系统公开招聘事业单位工作人员（含专项招聘高校毕业生）》考试。我单位同意其报考，并保证其如被聘用，将配合你单位办理档案、工资、党组织等关系的移交手续。

该同志在我单位的工作起止时间为 年 月 日至今，该同志在 （单位）工作期间(有、无)违纪违法行为。

单位负责人(签字)： 单位(盖章)

年 月 日

事业单位主管部门（盖章） 人力资源和社会保障部门（盖章）

 年 月 日 年 月 日